

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ

TS.BS ĐỖ MINH HÙNG

1. ĐẠI CƯƠNG

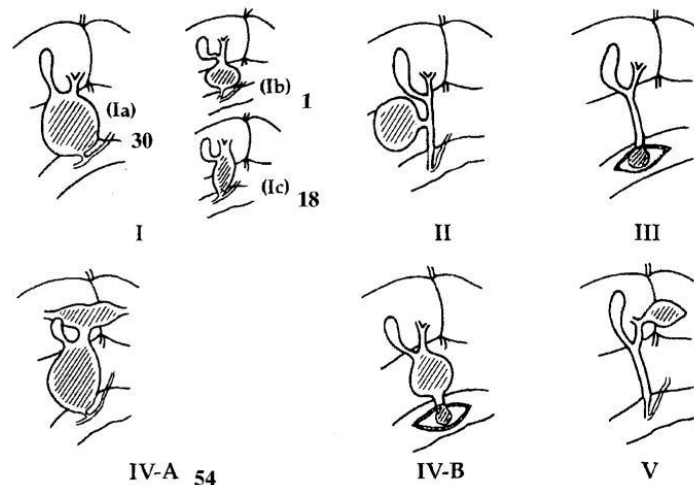
Nang ống mật chủ là 1 bệnh lý lành tính hiếm gặp của đường mật. Xử trí kinh điển nang đường mật là phẫu thuật mở. Với những tiến bộ cả về kỹ thuật và dụng cụ, các phẫu thuật viên đã thực hiện các phẫu thuật có mức độ phức tạp cao mà vẫn đảm bảo kết quả với ít chấn thương hơn và mau hồi phục hơn. Farello lần đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ type I, nối ống gan-hồng tràng Roux-en-Y 1995 cho 1 bé gái 6 tuổi. Nhiều tác giả đã báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật cắt nang đường mật bằng phẫu thuật nội soi.

2. CHỈ ĐỊNH

Một khi nang được chẩn đoán, nang phải được cắt đi cùng với túi mật tái tạo ống gan-ruột vì nguy cơ diễn tiến thành ung thư đường mật chính và túi mật

3. PHÂN LOẠI

Thường dựa vào phân loại của Todani 1997 chia làm 5 loại



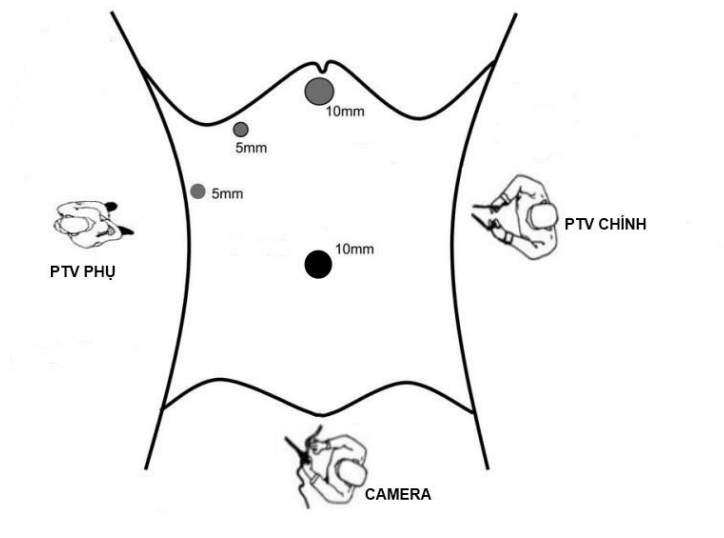
4. KỸ THUẬT MỒ

A. Tư thế bệnh nhân – vị trí đặt trocar

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, nghiêng trái, dạng 2 chân. Phẫu thuật viên bên trái bệnh nhân.

B. Vị trí trocar

Chúng tôi sử dụng 4 trocars. 1 trocar 10-mm ở rốn cho camera, 1 trocar 10-mm ở thượng vị, 2 trocars 5-mm ở hạ sườn phải

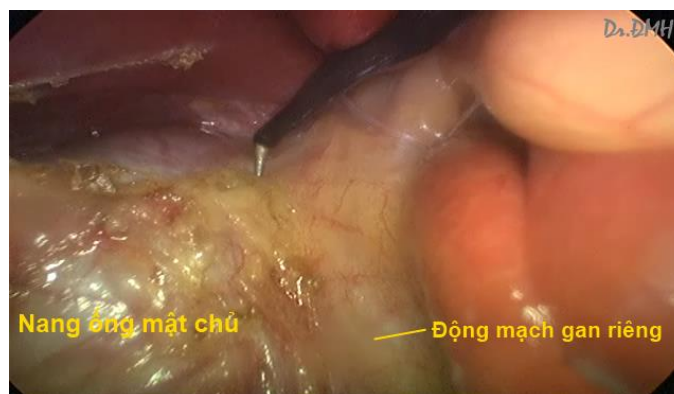


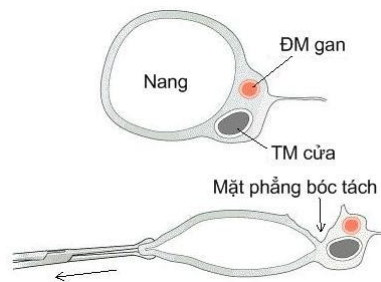
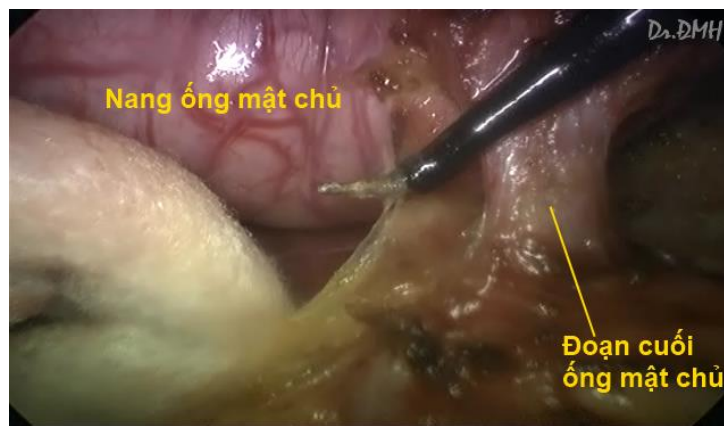
D. Các bước phẫu thuật

a. Bộc lộ phẫu trường: Kẹp và nâng túi mật về phía hoành để bộc lộ nang ống mật chủ, làm rộng phẫu trường khi phẫu tích.

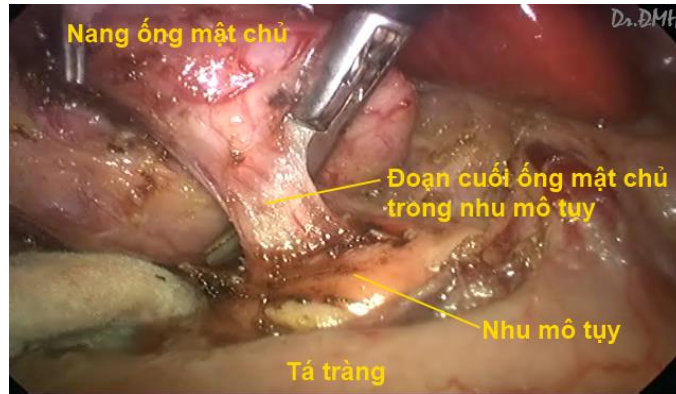
b. Phẫu tích nang khỏi cấu trúc xung quanh: Phẫu tích nang khỏi cấu trúc xung quanh là thì phẫu thuật hết sức tinh tế, kiên nhẫn để tránh tổn thương các cấu trúc xung quanh như tá tràng, động mạch gan, tĩnh mạch cửa.

Xẻ lớp phúc mạc quanh ống mật chủ để bộc lộ thành nang. Phẫu tích dọc thành nang để tách nang ra khỏi 2 thành phần còn lại của cuống gan là động mạch gan và tĩnh mạch cửa. Phẫu tích nang khỏi tĩnh mạch cửa phía sau trong giai đoạn đầu thì khó khăn cho đến khi tạo được 1 đường hầm giữa nang và tĩnh mạch cửa để luồn dây nâng ống mật chủ ra phía trước.

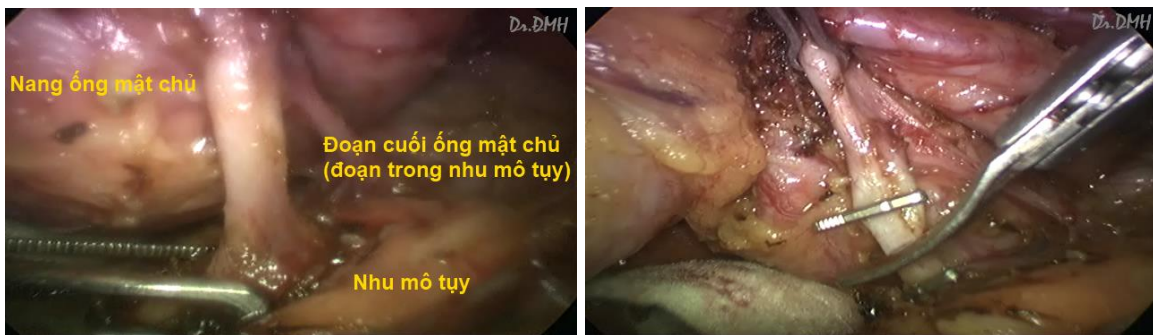




Phẫu tích về phía đầu xa của ống mật chủ. Cần thận trọng tránh gây tổn thương do nhiệt tới mô lân cận nhất là tá tràng. Cầm máu kỹ và hết sức cẩn thận để có thể xác định đoạn hẹp lại bình thường của ống mật chủ.



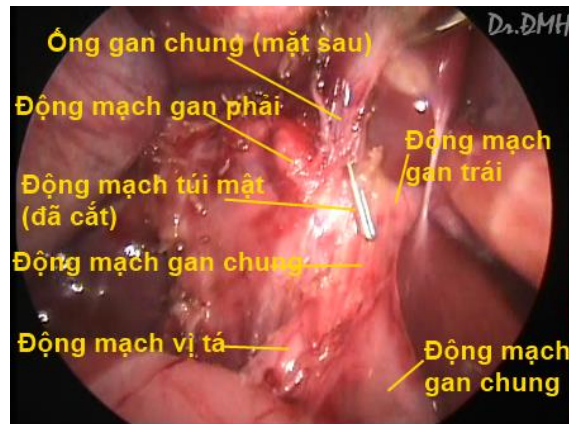
Chúng tôi cũng không cố gắng bóc tách để tìm kênh chung một khi phần hẹp bình thường của ống mật chủ đã được xác định vì nguy hiểm, có thể làm tổn thương ống tụy. Không nên sử dụng đốt điện quá mức vì có thể làm tổn thương ống tụy chính và/hoặc kênh chung. Vấn đề đặt ra là phẫu tích tỉ mỉ, thận trọng để tránh phạm phải động mạch tá tụy trước trên và động mạch vị tá. Tránh dụng lực kéo quá mạnh vì có thể làm đứt đoạn cuối được phẫu tích còn rất nhỏ này. Khi phẫu tích tới đoạn hẹp nhất có thể thì cột hoặc clip; cắt đoạn xa.



Phẫu tích, kẹp ống túi mật. Cắt túi mật khỏi giường từ đáy vào. Vẫn giữ túi mật và nang ống mật chủ thành một khối để dễ xác định ống gan chung khi cắt đầu trên.



Tiếp tục phẫu tích nang ra khỏi cấu trúc lân cận hướng dần về phía rốn gan. Khi phẫu tích ở vùng này cần đi sát về phía nang hơn vì càng lên cao ống mật càng gần với tĩnh mạch cửa. Trong thì này, có thể kẹp, cắt động mạch túi mật từ nguyên ủy động mạch gan phải từ phía trái của ống gan. Khi phẫu tích mặt sau ống gan chung phải kết sức cẩn thận để tránh làm tổn thương động mạch gan phải. Phẫu tích lên đến ống gan hoặc lên đến 2 ống gan phải và trái.

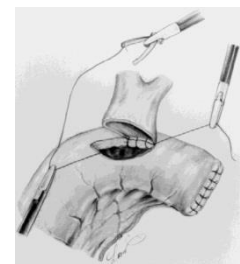


c. Tạo quai ruột chữ Y: Đánh dấu hồng tràng cách góc Treitz khoảng 20cm bằng cách khâu mũi chỉ silk 3.0 và đốt lên thành ruột để xác định quai đến, quai đi.

Mở rộng đường mổ đưa trocar ở rốn khoảng 3cm, đưa hồng tràng đã làm dấu ra ngoài làm quai Y hồng-hồng tràng tận bên. Đoạn hồng tràng dự kiến nối với ống gan có chiều dài tối thiểu tính từ miệng nối hồng-hồng tràng là 40-60cm. Khâu kín đầu tận đoạn hồng tràng này và mở trên thành hồng tràng 1 lỗ có đường kính tương đương với ống gan dự định nối. Chỗ mở này cách đầu tận khoảng 2cm. Đưa toàn bộ hồng tràng trở lại ổ bụng, khâu nhỏ lại vết mổ ở rốn để đặt lại trocar.

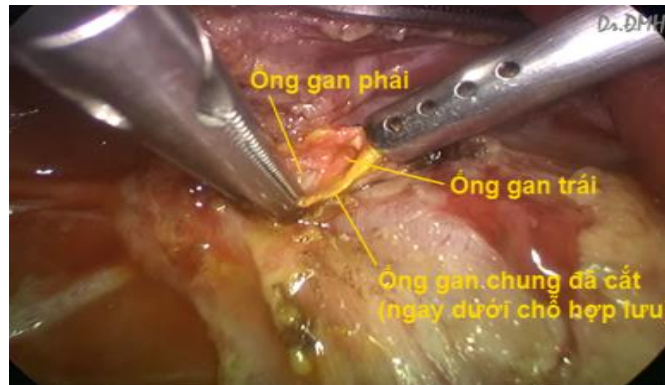


d. Nối ống gan-hồng tràng tận-bên: Tiến hành cắt đầu trên nang. Chúng tôi chỉ cắt ở thì này để tránh chảy mật quá nhiều vào xoang bụng khi làm quai ruột chữ Y. Đưa đoạn hồng tràng định nối lên sát rốn gan. Tiến hành nối ống gan và lỗ mở đã chuẩn bị sẵn ở hồng tràng theo kiểu tận-bên. Mặt sau dung mũi khâu vắt và mặt trước dung mũi khâu rời nếu đường kính ống gan >1cm. Dùng mũi khâu rời cho cả 2 mặt trước sau khi ống gan <1cm để tránh hẹp miệng nối. Mũi khâu lấy hết các lớp của ruột và ống mật. Ở thành hồng tràng thì cách mép cắt 4-5mm ở lớp

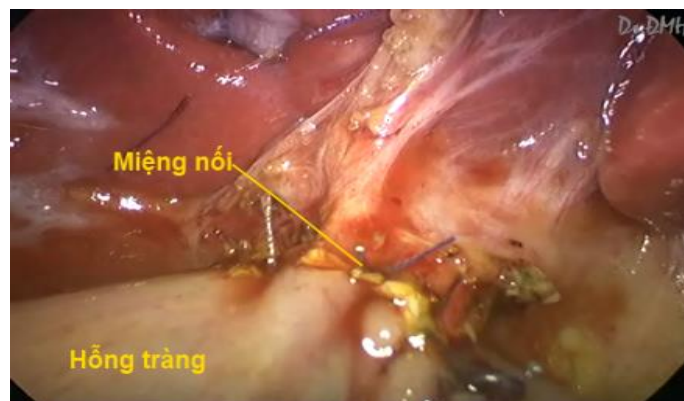


ở thành hồng tràng thì cách mép cắt 4-5mm ở lớp

thanh mạc và ít hơn ở lớp niêm mạc, còn ống mật là 3mm. Miệng nối mật ruột ở rốn gan hay dưới rốn gan đều được, quan trọng là phải đủ rộng.



Nối ống gan hồng tràng là thì phẫu thuật quan trọng và khó khăn vì đòi hỏi 1 kỹ năng khâu nội soi tốt để tránh hẹp miệng nối sau mổ. Hẹp miệng nối có thể gây ứ đọng, nhiễm trùng, tạo sỏi về sau.



e. Lau rửa – dẫn lưu ổ bụng: Hút sạch dịch mật đọng ở Douglas, hạ sườn, dưới hoành, dưới gan chảy ra trong thì phẫu thuật. Dẫn lưu dưới gan là thường qui cho những trường hợp cắt nang ống mật chủ nối ống gan-hồng tràng. Dẫn lưu nhằm thoát dịch còn đọng lại, dẫn lưu dịch tiết do bóc tách, dẫn lưu dịch mật trong những trường hợp dò mật nhẹ và để báo hiệu trong những trường hợp chảy máu. Chúng tôi phải luôn đề phòng dò mật ở miệng nối vì kiểm soát độ kín ở mũi khâu liên tục trong phẫu thuật nội soi thì hơi khó.



5. BIẾN CHỨNG

Xì rò, chảy máu miệng nổi, tụ dịch, viêm tụy, xoắn quai hồng tràng.

6. KẾT LUẬN

Cắt nang ống mật chủ bằng phẫu thuật nội soi có thể thực an toàn hơn với ê kíp phẫu thuật nội soi có nhiều kinh nghiệm mà không cần dụng cụ đặc biệt nào. Để thực hiện phẫu thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải trải qua các trình tự phẫu thuật từ căn bản đến nâng cao vì đòi hỏi rất nhiều kỹ năng khi thực hiện.